UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 39

RÉSULTATS et INDICATIONS des interventions palliatives dans les cancers biliaires inférieurs et pancréatiques

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Pierre MARQUETTE

Membres du Jury

MM.

DUCUING président

ROQUES, GRIMOUD, DARNAUD — Assesseurs

RIEUNAU — Suppléant

LOURDES
IMPRIMERIE LACRAMPE et CIE
22, Avenue Saint-Joseph, 22

1949

RÉSULTATS et INDICATIONS
des interventions palliatives dans les cancers biliaires inférieurs et pancréatiques

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE-CALVET

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT
ARGAUD, LAFFORGUE, SERR,
GARIPUY, CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER
	TAPIE
Clinique médicale	ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS
	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	VIRENQUE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ANDRIEU
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	BROUSSY
Histologie et embryologie	PLANQUES
Médecine Sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie ..... M. BAISSET

Anatomie ..... COULOUMA

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	POULHES ch. d. f.
Histologie	BIMES, ch. de f
Médecine	GADRAT
	DARNAUT
	GERAUD
	DARDENNE
	LAPORTE (J.)
Ophtalmologie	DEODATI
Physique Médicale	MARQUES
Obstétrique	PONTONNIER, ch. d. f.
Chirurgie	GRIMOUD ,
	RIEUNAU
	DIEULAFE
	DAMBRIN (P.)
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique.	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHO
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	GUILHEM
Cours d'anatomie aux élèves sage femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)
	DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATH
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine sociale	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
	BAISSET
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino—Laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté ..... ARGILAS

La faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 39

RÉSULTATS et INDICATIONS des interventions palliatives dans les cancers biliaires inférieurs et pancréatiques

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Pierre MARQUETTE

Membres du Jury

MM.

DUCUING président

ROQUES
GRIMOUD
DARNAUD — Assesseurs

RIEUNAU — Suppléant

LOURDES
IMPRIMERIE LACRAMPE et CIE
22, Avenue Saint-Joseph, 22

1949

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection. Qu'ils trouvent ici la récompense d'une vie de travail et de dévouement.

A MA GRAND'MÈRE

En affectueux souvenir de sa tendre sollicitude pour mes premières années.

A MES TANTES

A MES COUSINS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique chirurgicale et du Cancer

Ancien directeur du C. R. A. C.

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES

Professeur de Clinique médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOND

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

qui m'a fourni une aide précieuse dans l'élaboration de cette thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Au Docteur Marcel FRANCILLON

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Chirurgien-chef des Hôpitaux de Montluçon

En témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'il m'a appris, et d'admiration pour sa valeur professionnelle.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548915_0079

Introduction

Qu'il siège au niveau du pancréas ou des voies biliaires le cancer constitue un obstacle progressivement total à l'écoulement de la bile, et réalise un syndrome clinique d'ictère par rétention.

Sous peine d'accidents rapidement graves, l'intervention s'impose, qui fait découvrir la cause du syndrome.

On pratique généralement alors une dérivation biliaire. Nous nous proposons d'étudier ici les résultats éloignés de ces interventions et leurs indications actuelles.

Il importe, en effet, au moment où est posée la question d'un traitement radical de ces néoplasmes par une opération d'exérèse, de savoir si l'anastomose des voies biliaires avec le tube digestif mérite de garder une autre place que celle, toujours légitime, qu'elle conservera dans les cancers du carrefour bilio-pancréatique inextirpables.

Notre travail repose sur l'analyse de six observations d'anastomoses bilio-digestives, émanant du service de Clinique Chirurgicale et du Cancer de M. le Professeur DUCUING.

Après quelques considérations sur l'anatomie pathologique des cancers bilio-pancréatiques, nous étudierons les modalités opératoires des dérivations biliaires. Un résumé des observations recueillies, nous permettra de donner les résultats de ces interventions et leurs indications actuelles.

Généralités sur l'anatomie pathologique des cancers bilio-pancréatiques

Un bref rappel anatomo-pathologique nous permettra de mettre en évidence certains faits importants à considérer dans la discussion ultérieure.

Nous étudierons successivement :

1° Les cancers des voies biliaires inférieures.
2° Les cancers de l'ampoule de Vater.
3° Les cancers du pancréas.

A) LES CANCERS DES VOIES BILIAIRES INFÉRIEURES.

Ce sont des épithéliomas primitifs nés au dépens de la muqueuse du cholédoque. Ils intéressent plus souvent l'homme que la femme, de 50 à 70 ans. Et entraînent en quelques mois une cachexie due plus à la cholémie qu'au cancer.

1° Macroscopiquement:

Une statistique de Gallavardin, portant sur 50 cas, montre que la fréquence de ce cancer croît régulièrement de haut en bas des voies biliaires. Il se présente comme une virole large de 1 à 2 cm. formant sur le conduit une saillie de consistance très dure, à limites nettes. Il s'agit, plus rarement, d'une simple saillie latérale.

2° **Lésions associées** :

Le canal : Il est dilaté au-dessus de l'obstacle, mais souvent perméable, alors qu'on le croyait complètement obstrué.

La vésicule : Vide dans les cancers du canal hépatique, elle est toujours dilatée dans le cancer du cholédoque et contient une bile noirâtre.

Le foie : Est hypertrophié et gorgé de bile.

3° **Microscopiquement** :

C'est un épithélioma cylindrique avec stroma abondant.

4° **Evolution anatomique** :

Extension locale et de voisinage : presque toujours le cancer est limité aux voies biliaires, car *il tue avant d'avoir eu le temps de se propager.* S'il se propage, c'est vers le péritoine, le pancréas, la veine porte, le duodénum, etc...

Le foie est atteint :
soit par voie canaliculaire ;
soit par propagation de proche en proche, après envahissement de la paroi de la vésicule.

Retentissement ganglionnaire : Ce sont les ganglions duodéno-pancréatiques supérieurs, puis rétro-pancréatiques, puis pré-aortiques, qui sont pris successivement.

Généralisation : Elle est rare, se fait dans le foie par voie porte.

B) **LE CANCER DE L'AMPOULE DE VATER** :

1° **Macroscopiquement** :

Letulle a montré que ces cancers prennent naissance :
soit dans l'ampoule de Vater ;

soit dans le cholédoque ;
soit dans le canal de Wirsung.

Il se palpe à travers la paroi duédonale : c'est une *tumeur circonscrite*, rouge, ulcérée, dure, nettement limitée par une enveloppe fibreuse. Au-dessus, le cholédoque est dilaté, la vésicule est dilatée, le foie est dilaté.

2° **Microscopiquement** :

S'il naît dans le cholédoque : c'est un épithélioma cylindrique ;
S'il naît dans le canal de Wirsung : c'est un épithélioma à cellules cubiques ;
S'il naît dans l'ampoule de Vater : c'est un épithélioma cylindrique.

3° **Evolution anatomique** :

Extension locale et de voisinage : très longtemps la tumeur reste circonscrite, *son évolution est lente.*

puis :

pancréas, duodénum, veine porte, sont successivement envahis.

Retentissement ganglionnaire : Les ganglions sont très peu atteints et, s'ils existent, ils sont bien souvent infectieux.

Généralisation : Elle est réputée *rare.*

C) LE CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS

C'est un cancer bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme, entre 50 et 65 ans, il est favorisé par la pancréatite chronique.

1° **Macroscopiquement** :

Il débute au niveau de la tête du pancréas. Dans les 2/3 des cas : le pancréas est augmenté de volume, induré, on peut délimiter la tumeur. Tumeur et pancréas adhèrent intimement à la boucle duodénale.

2° **Microscopiquement** :

Il y en a deux types essentiels :

a) *Le type canaliculaire :*
à cellules cubiques ou cylindriques, noyées dans un stroma fibreux.

b) *Le type racineux ou glandulaire :*
ce sont des cellules globuleuses à gros noyaux, renfermées dans des logettes circonscrites par un stroma fibreux.

Le cholédoque :
d'abord déformé il est ensuite obstrué, par suite distendu.

La vésicule biliaire :
est dilatée.

Le foie :
est augmenté de volume.

3° **Evolution anatomique** :

Extension locale et de voisinage : le cancer peut envahir complètement le pancréas. Le canal de Wirsung est comprimé ou envahi, avec une dilatation en amont des voies biliaires.

Retentissement glanglionnaire : Les adénopathies sont simplement inflammatoires au début, puis elles deviennent cancéreuses.

Généralisation : Les métastases se font surtout dans le foie.

Ce bref exposé nous permet de mettre les faits suivants en lumière :

Conformément à la loi de Courvoisier-Terrier, la vésicule est remplie de bile dans tous les cancers. Par conséquent, on pourra « déjaunir » le malade :
— soit par une anastomose bilio-digestive,
— soit par une dérivation externe, utilisant

l'une et l'autre la vésicule biliaire.

— Le cancer reste longtemps limité, ici, à l'organe primitivement attaqué, donnant peu de métastases ganglionnaires, donc possibilité d'exérèse totale à temps.

— Les voies biliaires, en amont, sont toujours dilatées : donc, possibilité d'anastomose facile avec l'estomac ou le duodénum.

Nous sommes assez mal fixés sur le pourcentage des cancers du pancréas céphalique par rapport à celui des cancers des voies biliaires.

Il est vraisemblable que la proportion des cancers à point de départ biliaire est plus élevée, mais qu'en raison de leur siège initial et de leur évolution intra-pancréatique, ils sont fréquemment confondus avec les cancers de la tête du pancréas.

Généralités sur les anastomoses bilio-digestives

Leurs modalités techniques

Les anastomoses bilio-digestives ont pour but de rétablir le cours de la bile jusqu'à son débouché naturel, pour caractéristique de s'opposer au drainage externe.

La pratique de ces interventions remonte à 1898 où JABOULAY publiait ses premiers résultats, d'où se dégage la grande valeur fonctionnelle de la cholécystogastrostomie.

En 1913, SASSE en Allemagne, dans un travail capital, pose le problème des indications extensives de la cholédoco-duodénostomie qu'il substitue, dans la lithiase cholédocienne, au drainage externe après extraction des calculs.

Au Congrés de Chirurgie Allemand de 1923, FLORCKEN, publiant les résultats éloignés de SASSE, reprend ses idées, tandis qu'en FRANCE, on garde une réserve prudente vis-à-vis des anastomoses de la voie principale.

Vers 1930, toute une série de publications allemandes fait un travail de révision des résultats fonctionnels de la cholédoco-duodénostomie et étend les indications relatives qui lui ont été proposées.

Plus près de nous, les discussions du Congrès de Chirurgie de 1940, ont fait le point de l'opinion chirurgicale sur la valeur des anastomoses bilio-digestives.

C'est ainsi qu'actuellement, les indications communément admises des anastomoses bilio-digestives se répartissent ainsi :

1° INDICATIONS ABSOLUES

a) *Les tumeurs malignes*

— des voies biliaires.
— de la tête du pancréas.

b) *Les rétrécissements du cholédoque.*

c) *Les lésions traumatiques des voies biliaires.*

2° **INDICATIONS RELATIVES**

a) *La maladie biliaire.*
b) *Les pancréatites chroniques.*
c) *Les hépatites.*
d) *Les syndromes vésiculaires.*

La discussion est toujours ouverte sur la préférence à donner à telle ou telle modalité technique.

Pour réaliser le nouveau « circuit biliaire », trois moyens nous sont en effet offerts :

— la cholécysto-gastrostomie.
— la cholécysto-duodénostomie.
— la cholédoco-duodénostomie.

Et tous les trois réalisent un nouvel état physiologique imparfait, qui a été soumis à de nombreuses critiques, notamment :

— d'être une cause d'infection ascendante des voies biliaires.
— d'être générateur d'adhérences.

I LE DANGER D'INFECTION ASCENDANTE DES VOIES BILIAIRES

Que l'anastomose soit faite à l'aide de la vésicule ou de la voie principale, nous pouvons étudier son fonctionnement de deux manières :

— par l'exploration radiologique de l'estomac après injection de la bouillie opaque.
— par l'étude du milieu gastro-duodénal à l'aide du tube d'Einhorn.

Dans le cas d'anastomose vésiculaire, ces examens ont permis de dégager deux conclusions :

1° Le reflux baryté dans la vésicule ne s'observe que rarement dans le cas de cholécysto-gastros-

tomie. En effet, peu à peu, la tonicité de la paroi vésiculaire s'accroît, réalisant un appareil de défense du milieu hépatique, à la manière du sas d'une écluse interposé entre tube digestif et voies biliaires ,

2° Le tubage gastrique a montré que certaines anastomoses étaient continentes, fonctionnant seulement par éclipses avec véritables « chasses biliaires ».

Après cholécysto-duodénostomie, la vésicule se laisse plus facilement remplir de baryte, qui peut aller jusqu'à remplir tout l'arbre biliaire. Mais l'expérience prouve que l'angiocholite ne s'installe que si la bouche a été rétrécie et « bloque » en somme cette rétention dans les voies biliaires.

Dans les cas d'anastomose de la voie principale :

1° La présence d'air dans l'arbre biliaire est constante.

2° La fréquence du reflux baryté est très grande, pratiquement constante, sauf si le sujet est debout.

En résumé : Les syndromes angiocholiques observés dans les suites opératoires semblent être, en réalité, des syndromes *d'angiocholite « bloquée »*, dont la cause la plus fréquente est le rétrécissement de la bouche anastomôtique, complication qu'on ne verra pas si la technique opératoire a été adéquate. En tous cas, si elle se déclenche, on est prévenu par la récidive des symptômes qui avaient motivé l'intervention, et on peut riposter rapidement (un cas typique est fourni par l'observation n° 6). Comme le dit MALLET-GUY : « Je crois pouvoir redire après JABOULAY en 1900 que la cholécysto-gstrostomie est une excellente opération. Que, du point de vue fonctionnel, cholédoco-duodénostomie lui soit préférable, rien ne permet de l'affirmer. Dans l'un et l'autre cas, il persiste un risque d'infection biliaire, mais réduit au minimum, et

qui, pratiquement, se réalise seulement lorsque les conditions de fonctionnement de l'anastomose deviennent incorrectes ».

Ce risque d'infection ascendante de l'arbre biliaire passe au second plan quand il s'agit d'une anastomose faite pour obstacle néoplasique ; la durée de la survie dans ces cas d'anastomoses palliatives est en effet insuffisante pour que ce risque d'angiocholite devienne une réalité concrète.

II LES ADHÉRENCES

L'anastomose bilio-digestive est génératrice d'adhérences et par suite, de difficultés si l'on envisage une intervention ultérieure. La dérivation externe évite cet inconvénient majeur, ou tout au moins, laisse plus de liberté de manœuvrer, si l'on décide de réintervenir.

⁂

L'avantage évident sur la dérivation externe est celui de permettre une parfaite récupération biliaire. C'est un point intéressant, car, ainsi que l'ont remarqué COLP et COHEN, la simple cholécystostomie est plus meurtrière que l'anastomose. (Il est vrai que la bile écoulée par cholécystostomie peut être infectée dans l'estomac).

En tout cas, pratiquement, l'existence d'une grosse vésicule, conformément à la loi de COURVOISIER-TERRIER, apporte au chirurgien la certitude d'un obstacle progressivement devenu total sur les voies biliaires inférieures et lui offre un organe dont l'anastomose avec le tube digestif est généralement très facile.

Observations

Voici, résumées, les observations qui ont fourni le sujet de la thèse :

OBSERVATION I

Madame I

65 ans, présente un ictère persistant depuis un mois, d'apparition progressive, sans phénomènes infectieux, ni troubles digestifs, ni crises de coliques hépatiques.

A l'examen :

ictère complet :
coloration intense des téguments et des muqueuses.
pigments et sels biliaires.
décoloration des matières.
prurit féroce.
bradycardie.
hépatomégalie : lisse, régulière, modérée, non douloureuse.
grosse vésicule.
tubage duodénal : ne ramène pas de bile.
radiographie sans préparation : pas de calcul.
état général : conservé ; pas d'amaigrissement notable.

Conclusion :

Ictère par rétention chez un sujet de 65 ans, sans passé lithiasique.

Intervention le 17 Juin 1948.

Incision de Rio-branco : l'exploration montre une tumeur de la tête du pancréas, qui est mobile sur le

plan profond, de la taille d'un œuf.

Une radio après aspiration du contenu vésiculaire montre une bonne injection de l'arbre biliaire qui est très dilaté. L'obstacle cholésocien se situe sur les derniers centimètres du conduit.

On pratique :

une section du duodénum suivie d'enfouissement de l'extrémité afférente et d'abouchement termino-terminal-cholécystogastrique.

une gastro-entérostomie précolique avec anastomose au pied de l'anse.

(la gastro-entérostomie était faite en vue de préparer une éventuelle tentative de duodéno-pancréatectomie dans un temps ultérieur).

Décès le 24 juin 1948 dans un tableau de collapsus et d'occlusion intestinale haute.

OBSERVATION II

Monsieur M.

64 ans, il y a un mois et demi, perte de l'appétit, puis douleurs épigastriques irradiant à l'épaule gauche, suivies d'un ictère avec urines foncées et selles grisâtres.

A l'examen :

foie un peu ptosé et augmenté de volume ;
vésicule perceptible ;
pas d'ascite, pas de circulation collatérale ;
état sub-fébrile ;
pas de *prurit* ;
urines : albumine O ;
sucre O ;
sels biliaires O ;
pigments biliaires : présence.
urée : 0,35.
B W : négatif.
numération globulaire :
globules rouges : 4 millions.
globules blancs 7.000.
tubage duodénal : pas de bile, mais présence de sang

Conclusion :

Ictère par rétention d'origine néoplasique.

Intervention le 4 Juillet 1947.

Incision de Rio-branco : l'exploration montre un volumineux cancer de la tête du pancréas, s'accompagnant d'au moins une métastase hépatique visible sur la face antérieure du lobe droit.

Vésicule énorme et sous forte tension : on la vide par aspiration.

Tentative infructueuse de radio per-opératoire.

Cholécysto- gastrostomie.

Décès le 8 Juillet 1947, dans un tableau de collapsus.

OBSERVATION III

Madame A.

63 ans. En février 1948, quelques troubles digestifs : douleurs épigastriques, à type de brûlures, pesanteurs après chaque repas, quelques coliques abdominales ; pas de diarrhée, pas de vomissements.

En avril 1948 : apparition d'un ictère qui augmente régulièrement, sans poussées.

Examen :

ictère : généralisé, avec amaigrissement.
douleurs : péri-ombilicales, sans irradiation.
prurit : intense.
bradycardie.
pas de température.
urines : foncées, acajou.
grosse vésicule : douloureuse.
foie : augmenté de volume, un peu douloureux.
tubage duodénal : ne ramène pas de bile.

Conclusion :

Ictère par rétention par cancer de la tête du pancréas

Intervention le 25 Mai 1948.

Incision de Rio-branco : l'exploration montre une tuméfaction de la tête du pancréas, néoplasique.

Une radio par-opératoire montre un arrêt au niveau du cholédoque inférieur.

On pratique une cholécysto-gastrostomie.

Les suites sont excellentes, malgré un petit épisode pulmonaire au septième jour.

L'ictère diminue progressivement.

Le prurit disparaît aussitôt après l'intervention.

L'état général reprend.

Décédée le 21 Septembre 1948.

OBSERVATION IV

Monsieur M. 47 ans.

En décembre 1947 :

apparition d'un *sub-ictère.*
sans douleur.
sans prurit.
sans fièvre.
sans asthénie.

En janvier 1948 *:*

ictère : augmenté d'intensité.
vésicule : un peu grosse.
foie : n'a pas augmenté de volume.
une *radio* des voies digestives supérieures fait parler de cancer de l'estomac.

En février 1948 :

ictère : accentué.
vésicule : augmentée de volume, elle devient un peu douloureuse.
amaigrissement : de 6 à 7 kgs depuis 2 mois.

Conclusion :

Ictère par rétention.
Intervention le 5 *Mars* 1948.
Incision de Rio-branco.

L'exploration montre une énorme vésicule d'où la ponction ramène 200 cm3 de bile noire.

Une radio per-opératoire injecte la vésicule, mais pas le cholédoque. On perçoit une induration au niveau

de la tête du pancréas, très dure ; il s'agit vraisemblablement d'un cancer ;

On pratique une cholécysto-gastrostomie.

Les suites sont bonnes:

l'ictère : disparaît progressivement.

le prurit : diminue instantanément.

l'état général : est toujours bon, il a engraissé de

Ce malade est revu le 15 Avril. L'état général est bon, il subsiste un sub-ictère ; la région de la tête du pancréas est un peu douloureuse, mais on ne sent pas de tumeur une petite fistule au niveau de la cicatrice (on retire 2 crins mal tolérés).

Revu le 6 Juillet 1948.

l'état général : est toujours bon, il a engraissé de 4 kilogs.

l'ictère : a complètement disparu.

l'abdomen : est souple, on ne perçoit pas de tumeur.

On pense alors faire un duodéno-pancréatectomie ; le malade demande à attendre quelque temps.

Décédé fin Décembre 1948 dans un état de cachexie.

OBSERVATION V

Monsieur C 61 ans.

Vient consulter le 9 Février 1948, pour douleurs épigastriques. Cette douleur a les caractéristiques suivantes :

peu intense, sensation de piqûre.

irradiée à l'épaule gauche.

continue, sans rapport avec les repas.

non provoquée par l'effort.

L'appétit est conservé, pas de vomissements, les selles sont normales. En revanche, à différentes reprises, il y a eu des urines rouge brique.

A l'Examen :

très léger *ictère ;*

langue blanche ;

point douloureux, épigastrique ;

point de Murphy ;

foie un peu augmenté de volume ;

abdomen souple et non douloureux ;
état général conservé ;
Peu à peu, l'ictère s'aggrave, pas de température, il apparaît un prurit discret.
On pratique des examens de laboratoire qui montrent dans l'urine des pigments et des sels biliaires.
Radio : l'estomac est normal ;
les colons sont normaux.

Conclusion :

Ictère par rétention d'origine néoplasique.
Intervention le 9 Avril 1948.
Incision de Rio-branco.
L'exploration montre de nombreux noyaux cancéreux dans les lobes droit et gauche du foie. La tête du pancréas est hypertrophiée, d'une dureté ligneuse : elle semble être le siège d'un cancer qui paraît comprimer le cholédoque à ce niveau.
Une radio per-opératoire des voies biliaires montre que l'obstacle siège dans la partie intra-pancréatique du cholédoque.
On pratique une cholécysto-gastrostomie.
Les suites opératoires sont bonnes :
l'ictère diminue progressivement ;
le prurit a disparu ;
l'état général s'améliore vite.
Le malade sort de l'hôpital le 29 Avril 1948.
Décédé le 12 Mai 1948.

OBSERVATION VI

Madame C 64 ans.

En Juin 1947 : quelques douleurs épigastriques et lombaires. Il apparaît alors un ictère, sans crise de colique hépatique, et la malade se met à maigrir.
En Octobre 1947, à l'entrée à l'hôpital :
ictère foncé ;
les *selles* sont décolorées ;
pas de bradycardie ;
pas de prurit ;
amaigrissement de 28 kgs en 4 mois ;

douleurs spontanées au niveau du creux épigastrique
le foie est normal ;
la vésicule est grosse ;
une *radio* des voies digestives montre une modification du cadre duodénal qui est élargi, avec de la stase au niveau de la deuxième portion du duodénum.
urines : présence de pigments ;
présence de sels ;
présence d'albumine.

Conclusion :

Ictère par rétention.
Intervention le 24 Octobre 1947.
Incision de Rio-branco.
On découvre une vésicule très distendue : aspiration vésiculaire.
Une tuméfaction de la tête du pancréas, dure, n'adhérant pas au plan profond et découverte alors.
On pratique une cholécysto-gastrostomie.
Les suites opératoires sont parfaites :
l'ictère disparaît rapidement ;
l'état général s'améliore de façon surprenante, avec reprise du poids. Etat stationnaire pendant un an.
Le 15 Octobre 1948 :
violentes douleurs abdominales, avec frissons.

A l'Examen :

l'ictère réapparaît progressivement ;
le prurit s'installe ;
l'asthénie est importante. *Température* 40 °. Tout rentre dans l'ordre avec de la glace sur le ventre, de l'uroformine.
Première réintervention le 5 Novembre 1948.
Incision de Rio-branco.
On retire de la vésicule un liquide purulent dont l'examen bactériologique extemporané montre des germes de type intestinal.
L'examen radiologique per-opératoire montre que la

vésicule se distend, mais que rien ne passe dans la voie biliaire.

L'exploration montre alors un cancer développé aux dépens du cholédoque, qui se propage en hauteur jusqu'au dessus du carrefour hépato-cystique : cette propagation explique que l'anastomose ne joue plus son rôle.

On pratique alors une nouvelle anastomose entre le canal hépatique et vésicule. On laisse un drain sous-hépatique.

Les suites sont très bonnes :

l'ictère disparaît ;

le prurit disparaît ;

l'état général s'améliore.

Deuxième réintervention le 21 *Janvier* 1949 (Tentative de duodéno-pancréatectomie).

Incision de Rio-branco.

La pénétration dans l'abdomen est gênée par un grand nombre d'adhérences.

On pratique un décollement duodénal pariétal et on se rend compte que la tumeur et le bloc duodéno-pancréatique sont en réalité liés à la veine porte par des adhérences invincibles.

On referme sur drain sous-hépatique.

Les suites sont bonnes.

Sort le 9 Février 1949, état local et état général sont satisfaisants, mais le cancer continue son évolution.

RÉSULTATS DE CES INTERVENTIONS

L'étude des résultats éloignés tient compte des éléments suivants :

1° Mortalité opératoire.

2° Efficacité de l'intervention sur les éléments du syndrome clinique.

3° Durée de la survie.

Examinons-les tour-à-tour :

1° **Moralité opératoire** :

Quénu en 1909, citait les chiffres de 45 à 50 % de mortalité opératoire.

Des observations publiées, il ressort que ce chiffre atteint pour nous 34 %. Chiffre énorme, sans doute, mais parfaitement explicable.

En effet, l'étude des diverses observations nous montre que :

notre malade est âgé, par conséquent a des réserves vitales diminuées.

que c'est un insuffisant hépatique, du fait de son ictère chronique ; par suite, sujet plus que tout autre au collapsus.

c'est un cancéreux, de surcroit, cause supplémentaire d'affaiblissement.

2° **Efficacité de l'intervention sur les éléments du syndrome clinique** :

La clinique des cancers bilio-pancréatiques est dominée par les signes suivants :

le prurit ;
l'ictère ;
l'affaiblissement de l'état général.

Que deviennent-ils après l'opération ?

a) *le prurit :*

Chez tous les malades présentés, il était féroce, au point d'être le signe dominant de leurs souffrances.

Quelques jours, quelques heures même après l'intervention nous le voyons disparaître complétement chez tous nos opérés.

b) *l'ictère :*

Signe objectif capital de l'affection, chez tous nos malades, sans exception, nous le voyons s'éclaircir dans les jours qui suivent l'intervention, pour disparaître presque complètement peu à peu .

Il peut reparaître, ainsi d'ailleurs que les autres signes de la maladie, mais il s'agit alors d'angiocholite ascendante par obturation de la bouche anastomotique, ce qui illustre bien les paroles de MALLET-GUY.

c) *l'état général :*

Sa reprise rapide dans les suites opératoires est pour le chirurgien le meilleur garant de l'opportunité de son action, et nous voyons que nos malades, dans l'ensem-

ble, ont profité largement de l'anastomose bilio-digestive ; toutes nos observations enregistrent en effet :

la reprise de l'appétit ;
l'augmentation de poids ;
le retour des forces.

En résumé :

L'efficacité de l'intervention sur le syndrome clinique est le côté le plus encourageant d'une question aussi affligeante. Citons Quénu : « Il y a autre chose que la question de survie, il y a la question de vivre les derniers jours avec le minimum de souffrances physiques et morales». Cet argument de «détente bienfaisante » est important, en effet, dans les cas où l'anastomose bilio-digestive est la seule intervention réalisable.

3° **Durée de la survie**

L'intervention de dérivation pratiquée est seulement palliative ; elle laisse en place le cancer causal et le développement de ce dernier va tuer nos malades en quelques mois.

D'après nos observations, la survie moyenne est de cinq mois et demi à six mois : Ce sont les chiffres communément admis par tous. Notons qu'une de nos malades vit toujours deux ans après le début de son affection : preuve de l'existence de néoplasies bilio-pancréatiques à évolution relativement lente dont nous parlions dans le premier chapitre de notre thèse.

(Fait intéressant, à noter, car il peut modifier notre comportement dans les indications opératoires en donnant le temps de rectifier utilement une intervention déjà faite : c'est d'ailleurs ce qu'on a tenté dans le cas présent).

INDICATIONS ACTUELLES DES ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES DANS LES CANCERS BILIO-PANCRÉATIQUES

L'anastomose bilio - digestive systématique dans les cancers bilio-pancréatiques, est une solution de facilité.

Elle ne doit plus, à l'heure actuelle, être pratiquée dans tous les cas.

Il faut en effet distinguer :

1° **Les cancers de diagnostic certain et certainement inextirpables**

L'indication de l'anastomose bilio-digestive, la plus simple, ne se discute pas .

2° **Les tuméfactions suspectes de la tête pancréatique avec ictère pour laquelle le diagnostic peut hésiter avec celui de pancréatite chronique.**

En l'absence d'un test histologique, qu'on ne pourrait guère demander qu'à une biopsie suivie d'examen extemporané, l'anastomose en cas de cancer qui serait peut-être extirpable, est une solution dangereuse par l'amélioration trompeuse et momentanée qu'elle apporte et aussi par les adhérences qu'elle ne manquerait pas de former.

Dans ce cas, la *cholécystostomie* parait une solution plus rationnelle : elle permet des cholangéiographies successives dans les semaines qui suivent l'intervention et elle permet de déduire, des transformations de l'image cholédocienne, la nature exacte de la lésion :

s'il s'agit d'un cancer, elle laisse toute possibilité de manœuvrer si l'on décide une tentative d'exérèse duodéno-pancréatique.

si au contraire, le cholédoque redevient perméable, c'est qu'il s'agit seulement d'une pancréatite chronique.

Dans ce cas, si la fistule biliaire ne se ferme pas spontanément, l'indication d'un anastomose bilio-digestive secondaire devient légitime.

3° **Les cancers de diagnostic certains et paraissant extirpables.**

Les possibilités réelles de l'extirpation duodéno-pancréatique sont difficiles à juger :

Mais tout néoplasme céphalique du pancréas, mobile sur le plan profond, doit être présumé extirpable et l'anastomose bilio-digestive est ici contre-indiquée.

Au contraire, la cholécystostomie permet de « déjaunir » le malade pendant les quelques semaines qui précéderont la tentative d'exérèse.

Si celle-ci est possible, le rétablissement de la continuité bilio-digestive sera faite par implantation du cholédoque dilaté ou du fond de la vésicule dans une anse jéjunale longue. L'anastomose n'est alors qu'un temps, de l'intervention, elle n'est pas l'essentiel.

Si l'exérèse s'avère impossible (adhérence serrée à la veine porte, comme dans l'observation n° 6) l'anastomose bilio-digestive sera pratiquée facilement entre le fond de la vésicule libérée de la paroi, d'une part, l'estomac ou le duodénum d'autre part.

Conclusions

Au moment où est posée la question de l'exérèse chirurgicale des cancers biliaires inférieurs et pancréatiques, nous avons voulu, par l'étude de six observations suivies, étudier le pronostic et les indications actuelles de la chirurgie palliative dans ces néoplasmes.

Sans apporter de notions nouvelles, notre thèse vient seulement confirmer :

1° Que les anastomoses bilio-digestives pour cancer comportent une mortalité élevée : 34 %.

2° Que l'efficacité de l'anastomose est considérable sur les principaux éléments du syndrome clinique.

3° Que la survie moyenne est de six mois environ ; mais qu'il existe (obs. VI) des cancers biliaires à évolution relativement lente.

Ces diverses constatations sont bien faites pour encourager dans la voie de la chirurgie d'exérèse.

LE PRÉSIDENT,
DUCUING

Vu : LE DOYEN,
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 2 Juin 1949.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
DOTTIN.

Bibliographie

BROCQ. — Chirurgie du Pancréas. (à propos des Cancers du Pancréas, pages 360 à 377).

DUCUING. — Précis de Cancérologie. (Anatomie pathologique des cancers biliaires et pancréatiques, pages 720 à 723 et pages 743 à 745).

FINSTERER. — Au sujet des Anastomoses bilio-digestives, (Mémoires de l'Académie de chirurgie 1938, tome 64 : page 1252).

JABOULAY. — Cholécysto-gastronomie pour Cancers du Pancréas. (Lyon médical 1898).

MALLET-GUY. — Résultats éloignés des Anastomoses bilio-digestives. (Journal de chirurgie 1940, tome 55, pages 303 à 312).

MENEAULT. — Résultats éloignés des Anastomoses de la voie biliaire principale. (Thèse Lyon 1939).

NOUVEAU TRAITE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Tome 5. Cancers du Pancréas, pages 394 à 399. Cancers des voies biliaires, pages 307 à 314.

PAPIN. — A propos des Anastomoses bilio-digestives. (Mémoires de l'Académie de chirurgie 1938, page 923).

PATEL (KUSS, DUBOST). — Ampullome vatérien : Signes, diagnostic, traitement. (Journal de chirurgie, tome 62, page 30).

SOUPAULT. — Les Anastomoses bilio-digestives. (Mémoires de l'Académie de chirurgie 1938, tome 64, page 584). Résultats thérapeutiques des Anastomoses bilio-digestives. (Journal de chirurgie 1940, tome 55, pages 289 à 292).

IMPRIMERIE LACRAMPE & Cie 22, Av. Saint-Joseph — *LOURDES*

Ab. 33. Dép. lég. 2me trimestre 1949